

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

No 2

La récidence de l'Invagination Intestinale aiguë du nourrisson et de l'enfant

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Marseille

LE FÉVRIER 1941

PAR

Armande ANDRÉANI

Né le 12 Novembre 1908, à Toulon (Var)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

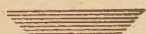
MM. FIOLE
GIRAUD
SALMON
IMBERT

Président

Assesseurs

Imprimerie M. Leconte
98, Cours Lieutaud
Marseille
1941

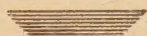
**La récurrence de l'Invagination Intestinale
aiguë du nourrisson et de l'enfant**



FACULTÉ MIXTE
DE,
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

No

La récurrence de l'Invagination Intestinale aiguë du nourrisson et de l'enfant



THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Marseille

LE FÉVRIER 1941

PAR

Armande ANDRÉANI

Né le 12 Novembre 1908, à Toulon (Var)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. FIOLE
GIRAUD
SALMON
IMBERT

Président

Assesseurs

Imprimerie M. Leconte
98, Cours Lieutaud
Marseille
1941

PERSONNEL DE LA FACULTE MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : Lucien CORNIL

Assesseur : A. CHEVALLIER

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MOITESSIER, CASSOUTE

Chargés de Cours honoraires : TIAN, BRUN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : Mme PEROL

Professeurs

<i>Anatomie</i>	CORSY
<i>Anatomie pathologique et Pathologie expérimentale.</i>	CORNIL
<i>Bactériologie</i>	ROUSLACROIX
<i>Chimie analytique et hydrologie</i>	RIMATTEI
<i>Chimie médicale</i>	ROCHE
<i>Clinique chirurgicale</i>	FIOLLE
<i>Clinique chirurgicale</i>	BOURDE
<i>Clinique exotique</i>	HECKENROTH.
<i>Clinique des maladies nerveuses</i>	ROGER
<i>Clinique médicale</i>	AUDIBERT
<i>Clinique médicale</i>	MATTEI
<i>Clinique médicale infantile</i>	GIRAUD
<i>Clinique obstétricale</i>	VAYSSIÈRE
<i>Clinique ophtalmologique</i>	AUBARET
<i>Clinique Oto-Rhino-Laryngologique</i>	BREMOND
<i>Clinique urologique</i>	CHAUVIN
<i>Histoire naturelle</i>	GABRIEL
<i>Histologie</i>	ROMIEU
<i>Hygiène générale et coloniale</i>	VIOLE
<i>Médecine légale</i>	MOSINGER
<i>Parasitologie</i>	JOYEUX
<i>Pathologie interne</i>	MONGES
<i>Pharmacodynamie et Matière médicale</i>	F. MERCIER
<i>Pharmacie</i>	VIGNOLI
<i>Physiologie</i>	COTTE
<i>Physique</i>	CHEVALLIER
<i>Thérapeutique</i>	GAUJOUX
<i>Stomatologie (Professeur sans chaire)</i>	BELTRAMI
<i>Physiologie (Professeur sans chaire)</i>	MALMEJAC

Chargé de cours

Clinique dermatologique VIGNE



Agrégés en exercice

MM. SAUTET
PIERI
JAYLE
MOIROUD
BERTHIER
POINSO
DUBOULOZ
BALANSARD
BRAHIC

MM. FIGARELLA
ARNOUX
DELPHAUT
PAILLAS
IMBERT
AUDIER
CHOSSON
SALMON
DOR
RECORDIER

Chargés des fonctions d'agrégé

Chimie médicale DERRIEN

Chargés de Cours complémentaire

Anatomie descriptive et topographique SALMON
Chimie minérale ARNOUX
Médecine du travail PERIOT
Médecine opératoire DOR
Microbiologie N...
Obstétrique CHOSSON
Pharmacodynamie aux Pharmaciens DELPHAUT
Psychiatrie ALLIEZ
Toxicologie GUILLOT

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MON FRERE

A MES ONCLES, A MES TANTES

A TOUS LES MIENS

AU DOCTEUR GEORGES JEAN
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE TOULON

*Il m'a suggéré le sujet de cette thèse,
et, au cours de sa rédaction, manifeste
toute sa bienveillance et prodigué ses
conseils.*

AU DOCTEUR JOURDAN
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE TOULON

Respectueusement.

A MON JURY DE THESE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FIOLE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE MARSEILLE

*Qui m'a fait l'honneur d'en accep-
ter la présidence.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GIRAUD
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE DE MÉDECINE INFANTILE
A LA FACULTÉ

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SALMON
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE MARSEILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. IMBERT
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE MARSEILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BOURDE
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE MARSEILLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEVILLE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MÉDECIN DES HÔPITAUX DE TOULON

*J'ai eu l'honneur d'être son Interne.
En témoignage de ma respectueuse re-
connaissance pour la bienveillante
sympathie qu'il m'a toujours témoi-
gnée.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAURES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MÉDECIN DES HÔPITAUX DE TOULON
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES HÔPITAUX DE PARIS
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE
DE PARIS
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DU VAR

*J'ai eu l'honneur d'être son Interne.
Il s'est montré dans l'enseignement
clinique quotidien le plus bienveillant
des Maîtres.*

*En gage de ma profonde reconnais-
sance.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE MARSEILLE

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE TOULON

A MES CAMARADES

Introduction

Dans l'étude des récidives de l'invagination intestinale, il faut écarter l'invagination chronique, progressive, qui est connue depuis les travaux de Broca et de Moizart, reprise et mise au point par Gernez.

Il convient d'opposer les récidives après intervention aux récidives après désinvagination à la suite du lavement baryté.

Nous n'envisageons ici que les cas, où la réinvagination a été constatée par l'intervention, car les causes d'erreur sont nombreuses.

Les récidives d'invagination intestinale après cure opératoire sont loin d'être fréquentes. Peterson, cité par Mouchet, aurait observé deux cas de récidives sur 46 invaginations. Ladd et Gross, 17 sur 372 cas, et Ruff, 20 sur 1.000.

D'Arcy Power, en 1899, en a communiqué deux cas à la Société de Pathologie de Londres. Mauclaire, en 1904, a communiqué aussi deux cas de récidives.

Turner, en 1914, chez un enfant de huit mois, fait une première réduction d'invagination iléo-cœcale. Quatre mois après, récidive, nouvelle réduction avec fixation de l'iléon contre le côlon ascendant, ce qui n'empêche point une seconde récidive. Hipsley signale un enfant de cinq mois chez lequel il dut faire trois opérations en dix semaines, et un second petit malade qui eut cinq crises dont quatre donnèrent lieu à intervention.

Abadie, d'Oran, signale un enfant de huit ans, qui eût une invagination suivie un mois après d'une récidive, chaque fois, l'invagination siégeait sur le grêle, chaque fois, il fallut faire la résection.

Perrin cite le cas d'un enfant qu'il a dû opérer trois fois en quatre ans pour des récidives d'invagination. La troisième fois, il fit une implantation. Villar, Phily et Souberan opérèrent un nourrisson, qui eut, quelques heures après, une récidive, fatale au petit malade. A l'autopsie, on trouvait

deux nouvelles invaginations. Mauclaire constata, chez une enfant de 2 ans qu'il opérât d'une récurrence, quelques jours après une première invagination, la production sous ses yeux, d'invaginations multiples.

Actuellement, il est un point sur lequel la dissension reste ouverte : le traitement prophylactique de la récurrence, la nécessité d'une fixation pour l'éviter.



Rappel anatomo-clinique de l'Invagination intestinale aiguë du nourrisson et de l'enfant

L'invagination intestinale est réalisée par la pénétration d'un segment intestinal, dans le segment qui lui fait suite, ou exceptionnellement le précède (invagination rétrograde). C'est un télescopage intestinale avec étranglement aigu.

Dans sa forme aiguë typique, l'invagination frappe électivement les garçons (75 %, d'après Broca), souvent dans la première année de la vie (65 % des cas), et particulièrement entre le quatrième et le huitième mois, dans 50 % des cas (nourrissons).

Les races scandinaves et anglo-saxonnes sont électivement frappées, et les beaux enfants, ainsi que le remarque le Professeur Ombredanne, le sont aussi souvent que les enfants malingres.

INVAGINATION INTESTINALE DU NOURRISSON

La cause perturbatrice du péristaltisme normal de l'intestin reste en règle, inconnue chez le nourrisson.

La fréquence des mésos flottants chez les petits explique, en partie, la fréquence chez eux de l'invagination intestinale.

Leriche et Masson ont constaté des lésions inflammatoires très marquées des plexus mésentériques à l'examen d'une pièce de résection prélevée chez un adulte.

Les causes adjuvantes sont nombreuses et on a tour à tour accusé les lésions intestinales, entérite, tuberculose, les purgations intempestives, les efforts, les quintes de coqueluche, l'allaitement artificiel (les statistiques montrent qu'au contraire les 5/6 des enfants sont nourris au sein), les erreurs de régime (Fitz William), les corps étrangers (asca-

ris, noyaux de fruits), l'appendicite méconnue du nourrisson, le diverticule de Meckel.

Perrin et Lindsay, de Londres, invoquent aussi l'abondance du tissu lymphoïde à la fin du grêle et au niveau de la valvule de Bauhin qui, enflammée, tuméfierait la muqueuse ; la tête de l'invagination serait la tuméfaction.

Enfin, on pense actuellement qu'une exagération d'un état spasmophilique peut favoriser la production de l'invagination.

Le début est toujours soudain et d'emblée dramatique. Shock initial impressionnant. Vomissements précoces. Et, signe capital, l'hémorragie intestinale ne fait jamais défaut.

Les signes cliniques ont été schématisés par Ombredanne : *Signes d'occlusion, plus émissions sanglantes par l'anus = invagination.*

Broca disait : *Tout nourrisson en état d'occlusion, qui fait du sang par l'anus, doit être laparotomisé de suite.*

Actuellement, il faut aller plus loin encore, dit Fèvre, et s'efforcer de poser un diagnostic avant les émissions sanglantes chez tout nourrisson qui présente, dit-il, des crises douloureuses paroxystiques intermittentes, avec vomissement ; il faut pratiquer un triple examen :

- un palper abdominal profond ;
- un toucher rectal ;
- un examen radiologique.

Car on peut écrire :

- *douleurs paroxystiques abdominales intermittentes, plus vomissements, plus boudin = invagination.*
- *douleurs paroxystiques intermittentes, plus vomissements, plus sang au toucher rectal = invagination.*
- *douleurs abdominales, plus image d'invagination sous l'écran = invagination.*

Les types d'invagination se réduisent essentiellement à trois, chez le nourrisson :

1 - *Les invaginations intéressant uniquement le cadre cæco-colique, fréquentes, partant presque toujours de la région cæcale, constituent le groupe des invaginations qu'on peut espérer désinvaginer par lavement baryte.*

2 - Les invaginations à point de départ sur le grêle, près de l'angle iléo-colique, mais parcourant le cadre colique, dont la caractéristique essentielle est la difficulté ou l'impossibilité de les désinvaginer par lavement thérapeutique.

3 - Les invaginations iléales pures, rares, siègent, en général, sur la fin du grêle, mais sont très graves, car elles ne peuvent ni être traitées par lavement baryte, ni même être décelées par la radiologie.

INVAGINATION INTESTINALE DE L'ENFANT

L'invagination de l'enfant de plus d'un an ne présente pas, en général, le tableau clinique dramatique de l'invagination aiguë du nourrisson.

Comme dit Mondor, l'invagination peut prendre quelques fois une allure aiguë, moins vive et moins vite fatale que chez le nourrisson, mais posant les problèmes du diagnostic et de l'intervention d'urgence. N'oublions jamais :

1° Qu'il est, chez le grand enfant des formes aiguës ;

2° Que l'étude rapide, radiologique du syndrome, à son début, peut apporter un diagnostic parfait ;

3° Que les difficultés de diagnostic clinique peuvent être les mêmes que chez le nourrisson.

Actuellement, on peut, avec Fèvre, considérer quatre types cliniques d'invagination chez le grand enfant :

1° forme simulant l'appendicite banale, et forme simulant l'appendicite toxique ;

2° forme chronique, ou à rechute, qui simule facilement la péritonite tuberculeuse ;

3° la forme aiguë typique qui est souvent une récurrence, dont le tableau clinique est celui de l'invagination aiguë du nourrisson ;

4° la forme occlusive, offrant le tableau d'occlusion chronique ou aiguë.



Observations

OBSERVATION I

NOURRISSONS

Publiée par MM. BOURDE, SALMON et BOUYALA
(*Bulletin de la Société de Chirurgie de Marseille*)

Un nourrisson de 5 mois est amené à l'hôpital, le 22 décembre 1933, à 11 heures du matin, avec le diagnostic d'invagination intestinale. Ce diagnostic est évident. La veille, à 7 heures du soir, l'enfant, dont la santé jusque là, était florissante, a eu brusquement une crise abdominale très douloureuse ; à 9 heures, émission de selles sanglantes avec vomissements.

A l'entrée à l'hôpital, vomissements abondants et bilieux, coliques très vives, le toucher rectal ramène des glaires et du sang.

L'examen de l'abdomen révèle, au niveau de la partie gauche de la région sus-ombilicale, un boudin gros comme une orange, visible à travers la paroi ; on peut facilement l'amener dans la fosse iliaque droite.

Etant donné que le début de l'invagination date de près de 17 heures, on juge inutile de tenter la désinvagination par un lavement et le D^r Bourde intervient immédiatement sous anesthésie générale au chloroforme. Incision iliaque droite par dissociation. A l'ouverture du péritoine, les anses grêles apparaissent dilatées et difficiles à contenir dans le ventre, on reconnaît une invagination colo-colique. Le boudin a 12 centimètres de long, il est situé au niveau du côlon sigmoïde. La désinvagination est extrêmement facile par les manœuvres classiques, aucune lésion n'existe au niveau du collet. Etant donné la netteté des caractères de l'invagination, on n'explore pas tout le cadre colique ; la fixation du côlon semble inutile et l'on referme la paroi en quatre plans.

L'intervention est bien supportée et les suites s'annoncent favorables.

Les lendemain 23 décembre, l'enfant a quelques nausées, il émet des glaires sanglantes en assez grandes quantités, mais comme ces symptômes persistent souvent pendant plusieurs heures après la désinvagination et comme l'état général est satisfaisant, on ne s'inquiète pas ; on pratique des injections de sérum hypersalé intra-rectal, de façon à provoquer l'émission de selles. Toniques habituels.

Le 24 décembre, le tableau clinique s'est considérablement aggravé, vomissements, pas de selles, ballonnement abdominal marqué, température à 39°, faciès mauvais ; il est évident que l'enfant est en pleine occlusion intestinale. Le Dr Salmon pense immédiatement à la reproduction de l'invagination, ce qui était d'autant plus logique que la désinvagination a été facile et que le côlon n'avait pas été fixé. Séance tenante, on pratique un examen radioscopique avec lavement opaque. Ce dernier progresse normalement jusqu'à la partie moyenne du transverse ; à ce niveau, on note un arrêt brusque de la progression, puis apparaît une image, en cupule, très nette, qui confirme le diagnostic. En effet, au bout de quelques minutes, l'image en cupule disparaît et le lavement reprend sa progression jusqu'au niveau du cœcum. Ce dernier présente un aspect spumeux, aéré, qu'on met à tort sur le compte d'un mauvais remplissage. L'invagination étant réduite à nouveau on s'en tient à ces manœuvres. On injecte 3 cc. de sérum hypersalé à 10 % dans le sinus longitudinal supérieur. Goutte à goutte rectal. L'enfant paraît se remonter.

Le 25 décembre au matin, l'état a empiré : pas de selles, les signes d'occlusion persistent. On décide de réintervenir. Anesthésie très légère au chloroforme, désunion de la plaie opératoire. A l'ouverture du péritoine, irruption d'anses grêles extrêmement dilatées. La ponction d'une anse ne permet pas de vider l'intestin, de sorte qu'on est extrêmement gêné dans l'exploration de l'abdomen. On découvre un boudin au niveau du cœcum ; ce dernier est extériorisé ; la désinvagination est extrêmement difficile, il existe de grosses lésions au niveau du collet ; la séreuse et la musculuse sont déchirées, seule la muqueuse n'est pas perforée ; il s'agit d'une invagination cœcale. La désinvagination termi-

née, on reconnaît à l'intérieur du cæcum, au niveau de l'abouchement du grêle, une tumeur grosse comme une petite noix, de consistance dure, ressemblant à un polype qui obstruerait l'orifice de la valvule iléo-cæcale. Pour s'en rendre compte, on incise la face antérieure du cæcum et l'on reconnaît que cette prétendue tumeur est, en réalité, la valvule iléo-cæcale extrêmement œdématisée et dont les deux valves sont si volumineuses qu'elles obstruent l'orifice iléo-cæcal. On élargit cet orifice à la pince et on termine l'intervention en abouchant l'orifice de cæcostomie à la peau après avoir placé un drain dans l'intestin grêle.

Malgré d'énergiques soins post-opératoires, l'enfant meurt dans la soirée.

OBSERVATION II (Docteur JEAN)

ENFANTS

Mlle B... est une belle enfant de 5 ans auprès de laquelle le D^r Jean Georges, de Toulon, est appelé, il y a dix-huit mois, pour des douleurs abdominales.

Il y a deux ans, se trouvant à Brest, elle avait fait une crise de douleurs abdominales avec émission de glaires sanglantes ; un lavement simple avait été donné, qui avait tout remis en ordre. Le lavement avait probablement désinvaginé une invagination, car quelques jours après, alors que tout allait normalement, une nouvelle crise aiguë douloureuse fait son apparition, avec vomissements, ventre douloureux, émissions sanglantes.

Le D^r Pouliquen est appelé cette fois et n'a pas de peine à porter un diagnostic dans le cas de cette affection qu'il connaît mieux que quiconque en France. (Ces renseignements ont été donnés au D^r Jean Georges, par la famille, au moment où il voit l'enfant). Par une incision iliaque, le Grand Maître Brestois fait une désinvagination et enlève l'appendice.

L'enfant a présenté depuis son jeune âge de l'entérite muco-membraneuse spasmodique presque continue. Les examens de selle n'ont jamais décélé la présence de parasites.

La crise actuelle a commencé le 30 janvier 1939, deux jours avant l'appel du D^r Jean. L'enfant présente des crises

douloureuses intermittentes, à type occlusif, prédominant dans la fosse iliaque droite. Au cours d'une crise, on perçoit à droite, sous le foie, une sorte de boudin qui gargouille, ou plutôt crépite quand on le palpe. Un instant après on ne sent plus rien.

Il n'y a pas d'arrêt absolu des gaz, il y a une selle quotidienne qui ne contient aucune glaire. Le toucher ne ramène d'ailleurs aucune trace de sang.

L'état général est très bon et il n'y a pas de vomissements.

Il ne s'agit certainement pas d'appendicite, l'organe ayant été enlevé cliniquement. En présence de ces signes, on doit conclure à une subocclusion à droite, et l'enfant ayant déjà eu une occlusion par invagination, une récurrence de son affection est plus que probable.

Un lavement opâque est donné par le D^r Chabiron.

On arrive facilement à remplir le cæcum, mais celui-ci présente, en dedans, une encoche anormale au niveau de l'abouchement de l'iléon. Il y a là comme une perte de substance, concave en dedans, sur le bord interne, comme si avec un doigt on déprimait ce bord. On interrompt un instant les rayons, puis on reprend l'examen. Un gros changement s'est produit, l'image cæcal a disparue, comme si le doigt dépressur dont nous parlions, avait, en poussant de dedans en dehors, atteint le bord externe de l'organe. Il y a du liquide opâque, au-dessus d'une légère horizontale, passant par le bord supérieur de la valvule, au-dessous il n'y a plus rien, et ce n'est que tout à fait en bas, que le bord inférieur du cæcum est encore dessiné par des traces de baryte : aucune trace de liquide opâque dans l'iléon.

Cette image est interprétée comme une invagination qui vient de se produire. La tête de l'invagination incomplètement réduite par le lavement (première image) fait une effusion et rentre dans le gros intestin (deuxième image). La paroi est devenue douloureuse, contracturée même.

Intervention sous chloroforme, immédiate, par la même incision, aucune adhérence. L'invagination est typique, elle a augmenté pendant la préparation de la malade, car la tête se trouve à cinq travers de doigt, dans le côlon ascendant. Désinvagination facile par expression. Le cæcum et le côlon

sont assez épais, et ne s'éraillent pas pendant la manœuvre. Cæcum et iléon ont un méso assez long, qui rend ces organes flottants. Par deux points en U au fil de lin, l'iléon est fixé au bord interne du côlon ascendant, à la Broca, et un point en U adosse la fin du mésentère au méso ascendant.

Suites extrêmement simples, l'enfant ne présente aucun signe abdominal pendant quelques mois.

Le 8 septembre 1940, le D^r Jean est rappelé auprès de l'enfant, à 10 heures du soir. Douleurs abdominales vives, on entend l'enfant crier dans la maison de l'escalier, vomissements, pas de glaires sanglantes spontanées, ni au toucher rectal. Cet état dure depuis 11 heures du matin, avec de courtes accalmies.

Le ventre est ballonné, il y a des mouvements péristaltiques visibles.

Dans la fosse iliaque droite, un peu au-dessus d'elle, sous les fosses côtes, boudin résistant.

Par des mouvements de refoulement très doux, de haut en bas, le D^r Jean arrive à réduire très nettement l'invagination. L'enfant est presque aussitôt soulagé.

Le lendemain matin, l'enfant ne souffre plus.

Une radioscopie après lavement opaque est faite par le D^r Chabiron. Il n'y a plus d'invagination et le lavement pénètre dans le grêle.

OBSERVATION III

Publiée par MM. SALMON, DOR et LAMY
(*Bulletins de la Société de Chirurgie de Marseille*)

L'enfant M... C..., âgé de 18 mois, est amené à l'hôpital de la Conception, à Marseille, le 16 janvier 1935, à 6 heures du soir, avec le diagnostic d'invagination intestinale. Depuis 11 heures du matin, en effet, cette petite fille souffre du ventre et vomit des glaires mélangées à des aliments. Malgré une rémission à midi, les douleurs ont repris et ont coïncidé, au début de l'après-midi, avec l'émission d'une selle sanglante constatée par la mère. Le médecin appelé fait rentrer l'enfant dans le service de chirurgie infantile,

Le D^r Dor la voit vers 19 heures et note les signes suivants : crises douloureuses abdominales intermittentes, émissions sanguines par l'anús constatée sur les linges, faciès congestionné, abdomen douloureux, sensation de résistance dans l'hypocondre droit, au niveau duquel on a l'impression de sentir une tumeur allongée, parallèle au rebord costal et extrêmement douloureuse au palper ; le toucher rectal ramène du sang en abondance. Antécédents : rien à signaler.

On prépare immédiatement après cet examen un lavement opaque qui est donné vers 20 heures. La baryte remplit le rectum, le sigmoïde, l'angle gauche est franchi après une hésitation ; arrivée au niveau de l'angle droit, la substance opaque s'arrête. Une image en cocarde des plus typiques se dessine. Elle s'estompe progressivement, au fur et à mesure que la baryte imprègne le côlon ascendant, mais cette imprégnation est nettement irrégulière et anormale, le grêle ne se remplit pas, le bord interne du cæcum est invisible. Malgré une attente d'une demi-heure et une élévation du bock à 1 mètre au-dessus du plan du lit, on n'obtient aucun test de désinvagination. On renonce alors à persévérer et on fait transporter la petite malade sur la table d'opération.

Anesthésie générale au chloroforme. Incision de 5 cm. dans la fosse iliaque (type Walther) ; le péritoine ouvert, il s'écoule une sérosité rougeâtre. Le doigt dans la cavité abdominale reconnaît la dernière anse grêle qui est dilatée, boudinée, comme le côlon ascendant d'ailleurs. On agrandit un peu l'incision et on extériorise la masse intestinale tuméfiée. Le collet de l'invagination est bien à 20 cm. de l'angle iléo-cæcal ; on exprime doucement le côlon ascendant et l'iléon ; la désinvagination se fait lentement et complètement. Coloration violacée du grêle, la tête est à environ 50 cm. de la terminaison de l'iléon. Grâce au sérum chaud, les parois intestinales reviennent bien, elles ne présentent aucune lésion suspecte.

Fermeture en trois plans, drain en verre sous-péritonéal, sangle abdominale serrée ; traitement post-opératoire : 100 cc. de sérum salé physiologique, tonicardiaques.

Les fonctions intestinales reprennent rapidement, mais les suites sont un peu troublées par de l'hyperthermie, ce-

pendant, tout rentre dans l'ordre, et le 27 janvier, soit onze jours après l'entrée, l'enfant sort guérie.

Elle devait revenir à l'hôpital, le 11 novembre 1935, en fin de matinée, et pour les mêmes raisons que la première fois ; cette fois encore, depuis 7 heures du matin, crises de coliques toutes les dix minutes, vomissements, émission par l'anus de sang rouge vif. La maman qui nous l'amène nous raconte qu'au mois de juin, elle avait déjà eu une alerte, avec crises de coliques, mais que tout était rentré dans l'ordre, grâce à l'évacuation anale d'une grande quantité de noyaux de cerises. En dehors de cette indisposition et d'une rougeole au mois de juillet, cette enfant s'est bien portée depuis sa précédente opération, elle allait régulièrement à la selle et ne souffrait pas.

Nous retrouvons à l'examen de l'abdomen, les mêmes signes que la première fois : douleur généralisée, sensation de boudin allongé transversalement dans l'hypocondre droit. Nous notons, de plus, une certaine vacuité de la fosse iliaque droite et l'absence de mouvements péristaltiques. Le doigt ramène du sang au toucher rectal. Le diagnostic ne paraît pas douteux et il est confirmé par le lavement opaque qui sera prolongé pendant une demi-heure sans succès.

Sous l'angle hépatique, le baryte s'arrête et donne une image en cupule des plus nettes. Il faut une pression importante pour la faire disparaître (1 m. 30). Le cæcum s'imprègne alors lentement, mais incomplètement, les contours en sont nets, sauf peut-être, au niveau de la valvule de Baudin. Mais il persiste à l'intérieur du cæcum, une image claire en forme de S qu'objective assez bien une radiographie. Le grêle ne s'est pas rempli.

Devant ces constatations, le Dr Salmon décide d'intervenir le même jour, deux heures après l'entrée. Anesthésie générale au balsoforme. Incision de Mac Burney qui est transformée en incision de Roux, au cours de l'opération. Le cæcum n'est pas invaginé ; il s'agit d'une invagination iléo-iléale qui s'est transformée en iléo-colique ; le collet de cette invagination est sur le grêle, à quelques 10 cm. du cæcum. Extériorisation de celui-ci, désinvagination facile par expression. La tête de l'invagination se trouvait à 50 cm. de l'angle iléo-cæcal comme la première fois. L'intestin désinvaginé est très épais, rouge ; le mésentère est infiltré et

éparpillé, tous les ganglions sont fortement hypertrophiés. Il n'y a pas de diverticule de Meckel. On ne fixe pas l'intestin. On ferme en quatre plans.

Traitement post-opératoire : glace sur le ventre ; génétropine, trois gouttes par jour ; sérum physiologique ; tonocardiaques. Suites normales. Dès les trois premiers jours, émission de gaz, arrêt de vomissements. Selle normale, non sanglante au quatrième jour, grâce à un suppositoire. Alimentation reprise dès le sixième jour. Etat général et local parfaits.

Sort guérie le 25 novembre 1935, soit quatorze jours après son entrée. Notons que cette enfant avait des oxyures et qu'il a fallu un traitement sévère pour en venir à bout.

OBSERVATION IV

L'enfant L... S... J..., âgé de 3 ans, est pris brusquement de violentes douleurs abdominales, dans la nuit du 3 au 4 avril 1934. L'enfant se tord, crie et vomit en partie son repas du soir.

Les douleurs s'arrêtent et disparaissent complètement pour reprendre peu après avec autant de violence. L'enfant a ainsi trois ou quatre crises dans la nuit. Les parents appellent le D^r Grégoire (de Toulon), le 4 avril au matin, très tôt, et en présence du médecin l'enfant évacue une quantité importante de sang rouge, près d'un verre environ, véritable hémorragie intestinale. À l'examen, le D^r Grégoire perçoit, à droite, sous les fausses côtes, un boudin, qui lui fait affirmer le diagnostic d'invagination. Hospitalisé dans le service du D^r Jourdan, à Toulon, l'enfant est opéré le matin même.

Désinvagination facile d'une invagination iléo-colique. L'enfant quitte l'hôpital le 14 avril, en parfait état.

Le 2 juin 1936, l'enfant présente le même syndrome d'invagination aiguë, perte de sang par l'anus, boudin dans la fosse iliaque droite. Le D^r Grégoire hospitalise de nouveau l'enfant qui est opéré d'urgence par le D^r Jourdan.

Anesthésie à l'éther, incision parallèle à la précédente, para-cæcale. Invagination iléo-colique, désinvagination difficile. Une anse intestinale est fortement hémorragique.

Pexie accolant l'anse invaginée à la paroi abdominale.

Surjet péritonéal. Points séparés musculo-aponévrotiques. Agrafes. Sérum sous-cutané. Sang maternel intramusculaire.

L'enfant quitte l'hôpital le 9 juin 1936 et n'a plus présenté, depuis, aucun signe abdominal.

Aucun antécédent intestinal dans le passé de cet enfant.

OBSERVATION V (publiée par le D^r MARTIN)

Le jeune P... D..., âgé de 8 ans, a présenté une première invagination intestinale, en 1927. L'enfant avait eu de violentes coliques, se manifestant à peu près régulièrement toutes les heures ; il y avait absence de selles et de gaz ; pas de température ; des vomissements apparurent, le toucher rectal, pratiqué le deuxième jour, ramène du sang.

Le troisième jour, intervention sur la nature de laquelle on n'a aucune précision ; la désinvagination fut possible et, seize jours après, l'enfant très amaigri eut des complications broncho-pulmonaires.

En juin 1930, apparaît une nouvelle crise avec violentes douleurs abdominales, dans la nuit, vers 3 heures du matin ; la famille avertie appelle un chirurgien qui opère à 10 heures du matin, soit 7 heures après le début des accidents ; il n'y avait pas eu d'hémorragie. Il existe une nouvelle invagination qui peut être réduite, on fait l'appendicectomie.

Les suites opératoires furent normales.

L'enfant se remet assez vite ; à noter qu'il est constipé et on utilise largement l'huile de paraffine.

Le 23 septembre 1932, le jeune P... D..., à midi, ressent des douleurs abdominales diffuses. Le D^r Blum, mandé, pense qu'il se fait une nouvelle récurrence de l'invagination déjà traitée à deux reprises ; les crises douloureuses sont espacées et l'entourage croit qu'il s'agit peut-être d'une simple indigestion. Le D^r Martin voit l'enfant à 16 heures, il ne souffre pas, l'abdomen est souple, mais la fosse iliaque droite est déshabillée, et perçoit nettement une masse sous-hépatique ; la température est à 37°5, il n'y a pas d'émission de gaz ; la cicatrice opératoire dans la fosse iliaque droite est indolente, il y a une légère éventration.

L'exploration de l'abdomen ne décèle une sensibilité anormale que dans la région où a été perçue la tumeur colique ; le toucher rectal est négatif.

Le D^r Martin pensait bien qu'il s'agissait d'une invagination ; la présence de la masse intestinale lui fait éliminer l'occlusion par péritonite plastique.

Devant les appréhensions de la famille, il demande que l'enfant soit surveillés très minutieusement et prie de le prévenir à l'apparition de nouvelles crises. A 19 heures, le père de l'enfant lui faisait savoir que l'état était très satisfaisant, que tout semblait devoir s'arranger ; mais, quelques instants plus tard, il était appelé, il y avait eu une évacuation sanglante. Il fit donc hospitaliser l'enfant sur le champ.

A l'examen le faciès est pâle, les yeux sont tirés, il y a un état nauséeux, puis des vomissements et l'exploration de l'abdomen au-dessus et à droite de l'ombilic est vraiment douloureux.

Le D^r Martin fait donner en sa présence, par le D^r Dubost, un lavement baryté ; le côlon descendant, le transverse, jusqu'à l'angle droit, sont injectés, mais la baryte n'atteint pas le côlon ascendant.

Immédiatement, injection de sérum glucosé, huile camphrée et, une heure après, il procède à l'intervention.

Intervention : Anesthésie à l'éther (D^r Blum), aide M. Reboul. Excision de la cicatrice où il y a une frange épiloïque adhérente ; l'incision est agrandie vers la partie supérieure ; écoulement de liquide séro-sanguinolent et, sous le foie, on trouve l'invagination, l'intestin grêle semble se continuer dans le côlon ascendant.

La désinvagination classique par expression est difficile, on la fait avec la plus grande prudence car la séreuse colique est éraillée, le côlon ascendant est distendu, on arrive enfin au cæcum, mais la dernière partie du grêle est libérée péniblement, lavage au sérum physiologique et, vers la fin de l'iléon, on aperçoit un diverticule de Meckel, du type conique, de teinte foncée mais qui se recolore sous nos yeux.

Fixation du grêle à la lèvre interne du péritoine et fixation iléo-cæcale. Suites opératoires normales.



La Récidive

Comme le dit Cahuzac, la cause de la première invagination n'étant pas supprimée, peut très bien entraîner sa reproduction et, dit-il, les chirurgiens d'enfants considèrent les récides comme une éventualité familière qu'un traitement prophylactique doit pouvoir éviter.

Le tableau clinique ne diffère en rien du tableau de l'invagination aiguë.

Chez le nourrisson, le même drame éclate, et la mère avertie reconnaît immédiatement que son enfant est atteint d'une affection analogue à la précédente.

Chez l'enfant plus grand, l'invagination se reproduit de même, identique à la première atteinte. Le tableau clinique de l'invagination aiguë est valable aussi bien pour la récide de l'enfant que pour celle du nourrisson.

Certains auteurs ont insisté sur l'inconstance de l'évacuation de sang par l'anus lorsqu'il s'agit de réinvagination. Cependant, les petits malades des observations II, III, IV, V eurent tous une abondante émission de sang rouge vif ou de selles sanglantes. Seule l'enfant de l'observation II fut opérée par le D^r Jean, sans que le toucher rectal, même, ait ramené de traces sanglantes.

Peut-être l'émission est-elle retardée ?

C'est fort possible, mais on sait qu'actuellement on ne doit plus attendre l'émission sanglante pour faire le diagnostic d'invagination, à plus forte raison de récide, puisque le médecin, averti d'une première atteinte, doit penser immédiatement à la possibilité d'une réinvagination. C'est alors que le lavement baryté est une aide précieuse pour le diagnostic, si le moindre doute subsiste sur la possibilité d'une récide.

Quelles sont les causes des récides ?

Les mêmes que celles de la première invagination, l'opération initiale n'ayant rien supprimé.

Martin pense que des polypes muqueux sont le plus souvent le point de départ de ces récidives et il cite Reisinger intervenant à trois reprises, et chaque fois conduit à faire une résection du segment du grêle sur lequel se sont développées des tumeurs.

Faut-il admettre la tendance actuelle et considérer les invaginations successives comme des manifestations de spasmophilie ?

Les types d'invagination envisagées au point de vue thérapeutique, se réduisent essentiellement à trois pour le chirurgien (Fèvre) :

1° *Les invaginations à point de départ cæcal ou colique, qui sont presque toujours des invaginations iléo-cæcales, exceptionnellement des invaginations côlo-coliques.*

Ces invaginations du cadre cæco-colique sont très souvent fréquentes chez le nourrisson. Elles constituent le groupe des invaginations qu'on peut espérer désinvaginer par le lavement baryté.

2° *Les invaginations à point de départ iléal, mais parcourant le cadre colique, sont d'abord les iléo-coliques classiques. Plus rarement il s'agit d'invaginations iléo-iléales, transformées secondairement en iléo-coliques ou iléo-cæcales.*

Ces invaginations sont très difficiles à désinvaginer par lavement thérapeutique.

3° *Les invaginations iléales pures sont rares et se transforment souvent en invaginations complexes ; elles siègent, en général, sur la fin du grêle.*

Elles sont très graves et ne peuvent être traitées par lavement baryté ni même être décélées par la radiologie.

Par ordre de fréquence, les formes habituelles d'invagination sont :

- l'iléo-cæcale,
- l'iléo-colique,
- la colo-colique,
- l'invagination du grêle.

Quand la lésion récidive, et c'est là un fait capital, elle peut : soit reproduire le type primitif, soit un type très différent, à distance de la localisation initiale.

La date de la récédive est des plus variables : de quelques heures à plusieurs années. Mauclaire, opérant un enfant de 2 ans, d'une récédive survenant quelques jours après une première intervention, vit, sous ses yeux, se constituer des invaginations multiples du grêle.

Villar, Philip et Soubeyran, de Bordeaux, observent une récédive quelques heures après l'opération.

Bourde, Salmon et Bouyala, de Marseille (obs. I), durent intervenir à nouveau vingt-quatre heures après une première opération. Salmon, Dor et Lamy (obs. III), dix mois après. Abadie dut intervenir un mois après. Jean, de Toulon (obs. II), opéra une récédive deux ans après l'invagination première et il se produisit même une deuxième récédive. Jourdan réopéra (obs. IV), quatorze mois après, et Martin (obs. V) opéra successivement deux ans et trois ans après la première intervention.

Hipsley fit trois opérations en dix semaines, et opéra quatre fois un autre enfant qui eut cinq crises. Perrin intervint trois fois en quatre ans.

De tout ceci nous pouvons retenir deux faits principaux :

1° *Plusieurs enfants eurent plus d'une récédive, ainsi les malades de Turner, Hipsley, Perrin, Jean (obs. II), Martin (obs. V).*

2° *Pour certains, la fixation lors de la première récédive n'a pas empêché la seconde se produire.*

Jean, fixe l'iléon au bord interne du côlon ascendant, par deux points en U au fil de lin, à la Broca, et adosse par un point en U la fin du mésentère au méso-ascendant, ce qui n'empêche pas l'invagination de se reproduire quelques mois après. Perrin, fait une fixation de l'iléon sur le côlon ascendant, sans plus de succès.

Ces résultats, peu encourageants, nous obligent à considérer actuellement le problème de l'invagination et, surtout, celui de la prophylaxie de la récédive sous un autre angle.



Traitement de la Récidive

Le traitement de la récidive comporte, comme le traitement de l'invagination, deux chapitres :

- le lavement baryté thérapeutique complété, s'il y a lieu, par intervention ;
- l'intervention chirurgicale d'emblée.

LE LAVEMENT BARYTE

Aujourd'hui, tous les chirurgiens reconnaissent la valeur diagnostique et thérapeutique du lavement opaque, mais beaucoup estiment que le lavement baryté ne dispense pas de la laparatomie : c'est l'opinion de Mouchet, Sorrel, René Bloch, Lagrot, Martin, de Bourde, Salmon et Bouyala, de Marseille. Pouliguen, d'abord partisan de la laparatomie de vérification, est devenu plus éclectique.

Le plus grand avantage de la méthode, dit Fèvre, est d'obtenir, parfois, la désinvagination et d'éviter alors l'intervention (si le grêle s'est rempli de façon massive).

Le lavement baryté réduit l'intervention à une simple incision de vérification, lorsque la désinvagination paraît obtenue, mais que le grêle ne s'est pas rempli. Il en est de même dans les cas où la poussée du liquide a amorcé la désinvagination et que l'anesthésie la complète.

Aux avantages du lavement baryté, opposons ses inconvénients.

Il faut toujours penser à la possibilité d'une invagination multiple et à la possibilité d'une invagination iléo-iléale, non décelable par la radiologie.

Les causes d'erreurs d'interprétation radiologique sont nombreuses et l'on n'admettra une désinvagination qui :

- si l'on a vu nettement l'image d'invagination ;
- si le cæcum étant injecté, on constate un passage massif de la baryte dans le grêle.

Nous n'insisterons pas sur la technique du lavement (pression, dilution, volume de la baryte), lavement qui doit être donné par un chirurgien, seul juge des tests radiologiques et cliniques, ainsi que sur les conditions indispensables : salle de radiologie chauffée et située à côté de la salle d'opération, toute prête à recevoir le petit malade pour une intervention toujours possible.

L'INTERVENTION CHIRURGICALE D'EMBLEE

a encore la préférence de quelques chirurgiens, quand l'enfant n'est pas à portée d'un milieu chirurgical, ou n'est pas surveillé par un médecin, car une deuxième ou troisième récurrence est toujours possible.

Quand on est appelé à intervenir pour la récurrence constituée, dit Martin, naturellement on est guidé par les mêmes principes que pour l'invagination primitive, mais l'expression doit être encore plus douce, plus patiente, si j'ose dire, la désinvagination est plus difficile et cela se conçoit puisqu'il y a eu souvent une lésion latente chronique, avec mésentérite localisée et épaissement des tuniques intestinales.

Lorsque la désinvagination est impossible et que la résection s'impose dans le cas d'invagination iléo-iléale, celle-ci est désastreuse. Ruff compte une guérison sur neuf cas. Le double succès d'Abadie faisant deux réssections d'invagination irréductibles siégeant sur le grêle, à un mois d'intervalle, est un fait peu courant.

Jusqu'à ces jours, la fixation l'imposait dans les cas de récurrences. Fèvre et Pouliquen ont dit, tous deux, qu'il ne fallait pratiquer la fixation du segment intestinal invaginé que lorsqu'elle était logique, c'est-à-dire dans tous les cas où l'état général le permet et où elle n'intéresse pas un segment normalement mobile.

Ombredanne estime qu'il ne faut pas prolonger inutilement l'intervention. Pour cette raison, il ne fixe, dans les cas récents, que si la « manœuvre d'essai » montre un intestin prêt à se réinvaginer ; dans les cas tardifs, à intestin épaissi, cartonné, à séreuse parfois éraillée, il ne fixe jamais.



Conclusions

PROPHYLAXIE DE LA RÉCIDIVE

Le traitement prophylactique de la récurrence était, jusqu'à présent, la fixation, quelle que soit la méthode employée.

Nous ne pouvons plus, devant les résultats obtenus, lui laisser la place qu'elle occupait.

D'autre part, il ne pouvait être question de fixation pour une invagination iléo-iléale et la récurrence ne pouvait être évitée.

Devons-nous encore penser que la prophylaxie de la récurrence est d'ordre chirurgical ?

Actuellement, nous devons faire une large place dans l'étiologie de l'invagination aiguë à la spasmophilie.

La majorité des chirurgiens d'enfants estiment, aujourd'hui, que la prophylaxie de la récurrence est le traitement de la spasmophilie. Le Professeur Salmon, de Marseille, traite les opérés d'invagination par la génatropine, à raison de deux à trois gouttes par jour, pendant plusieurs semaines.

La spasmophilie est représentée par un état d'excitabilité neuro-musculaire, lié à un trouble de l'équilibre minéral de l'organisme, en rapport avec un dysfonctionnement des glandes parathyroïdes.

Convient-il d'appliquer à nos petites malades, en entier, ou partiellement, le traitement de la spasmophilie, c'est-à-dire :

- Médication parathyroïdienne ;
- Médication calcique ;
- Médication vitaminique (vitamine D et nouvelle vitamine antitétanique, A. T. 10 de Holtz, qui mobiliserait, dans les proportions importantes, le calcium organique.

N'oublions pas qu'une hygiène alimentaire rigoureuse, la vie au grand air et au soleil, préviennent, dans une certaine mesure, la spasmophilie de l'enfant, dit Savy.

La prophylaxie de la récurrence du nourrisson et de l'enfant doit être, à la fois, médicale et chirurgicale :

Médicale, par le traitement de l'état spasmophile et par l'hygiène.

Chirurgicale, par la fixation qui, si elle ne peut être appliquée à tous les cas d'invagination (iléo-iléale) ni empêcher définitivement les récurrences dans les cas où elle est possible (invaginations : iléo-cæcales, iléo-coliques et colo-coliques), doit, cependant, continuer à être systématiquement pratiquée quand les conditions opératoires le permettent.

Vu :
Le Président du Jury,
FIOLLE

Lu et approuvé
Le Président de Thèse :
FIOLLE

Vu et approuvé
Le Doyen :
Lucien CORNIL.

Vu et permis d'imprimer :
Aix, le 22 janvier 1941
Le Recteur :
E. GAU

Bibliographie

- ABADIE (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1925).
- ABADIE (*Société Médicale de Chirurgie*, 1935).
- ALGLAVE (*Société Nationale de Chirurgie*, 1923).
- D'ALLAINES et ARMINGEAT. — L'invagination intestinale aiguë du nourrisson. (*Monographie de Pédiatrie et de Puériculture*.)
- ADAMS (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1928).
- BOURDE, SALMON et BOUYALA (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Marseille*, 1934, n° 2).
- BLOCH. — Remarques sur le traitement de l'invagination intestinale aiguë du nourrisson. (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1932, n° 10.)
- BLOCH (*Revue de Chirurgie*, 1932).
- CAZAL et CADENAT (*Société Médicale et Chirurgicale de Toulouse*, 1930).
- CADENAT et VIRENQUE (*Société de Chirurgie de Toulouse*, 1932).
- R. CAMINITI. — Occlusion intestinale retrograda ricorrente da diverticolo di Meckel, invaginato et invatito. (*Poli-clinico dez Chir.*, 42-261-273, may 1935.)
- M. CAHUZAC. — La fixation appendiculaire du cæcum dans le traitement de l'invagination intestinale aiguë du nourrisson. (*Gazette des Hôpitaux*, 2 septembre 1936.)
- CELLERIER (*Thèse de Toulouse*, 1934).
- CROOKS (*The Brit Medical*, 1932).
- R. CIBILS, AGUIRRE et M. AZCOAGA. — Invagination intestinale récidivante con 3. Intervenciones en un nino de 3 anos. (*Semana Med.*, 2-299-303, 3 aug. 1933.)
- COLDREY. — Intussusception récidivante. (*The British Med. General*, 21 janvier 1939.)

- DARCOURT et ACQUAVIVA. — Du lavement opaque dans l'invagination intestinale aiguë du nourrisson. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Marseille*, tome VIII.)
- DESCARPENTRIES (*Société Nationale de Chirurgie*, 1923).
- DE LA MARNIÈRE (*Société Nationale de Chirurgie*, 1933).
- P.-J. DULLIZAN. — Recurrent intussusception management times. (*New-York*, 66, 280-283, juin 1938.)
- ETIENNE et AIMES (*Montpellier-Médical*, 1912).
- M. FÈVRE (*Journal de Chirurgie*, 1932).
- M. FÈVRE (*Journal de Chirurgie*, 1929).
- M. FÈVRE (*Chirurgie Infantile d'urgence*, 1933).
- M. FÈVRE (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*).
- I. FRASER. — Recurrent intussusception in young children. (*Lancet*, 1, 874-875, 15 avril 1939.)
- V. GISSANE. — Recurrent intussusception of jejunum. (*Brit. J. Surg*, 25, 608-611, janv. 1938.)
- GRIDNER (*Archives für Clinische Chirurgie*).
- LE POUTRE (*Société Nationale de Chirurgie*, 1923).
- A. MARTIN. — Récidives de l'invagination intestinale du nourrisson et de l'enfant. (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, 9, 173-177, 31 mars 1933 ; *Bull. Société de Pédiatrie de Paris*, 30, 641-644, décembre 1932).
- MICHEL (*Thèse de Montpellier*, 1934).
- MOUCHET (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1926 ; rapport de Delvaux).
- MONDOR. — Diagnostics urgents.
- OMBREDANNE. — Précis de pathologie chirurgicale infantile.
- PETIT (*Société Nationale de Chirurgie*, 1929-1935).
- E. POULIQUEN. — Au sujet du diagnostic précoce et du traitement de l'invagination intestinale du nourrisson. (*La Presse Médicale*, 12 septembre 1934.)
- POULIQUEN. — Contribution à l'étude du traitement de l'invagination intestinale aiguë du nourrisson. (Thèse, Paris, 1934.)

QUENU (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1916).

RAMON (Conférences de Clinique Médicale pratique, VI).

REISINGER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1930).

RUFF (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1928).

SALMON, DOR et LAMY. — Lavement et laparatomie complémentaire à propos des récidives d'invagination intestinales aiguës du nourrisson. (*Marseille-Médical*, 1936, n° 14.)

SALMON, DOR et LAMY. — Récidive d'une invagination à fouet de départ iléo-iléal. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Marseille*, 1935, n° 10.)

SOURDAT. — Invagination intestinale itérative. (*La Picardie Médicale*, Amiens au 17, n° 5, mai 1939.)



Table des Matières

I — INTRODUCTION	13
II — <i>Rappel anatomo-clinique de l'invagination intestinale</i> <i>aiguë du nourrisson et de l'enfant</i>	15
— <i>Invagination intestinale du nourrisson</i>	15
— <i>Invagination intestinale de l'enfant</i>	17
III — OBSERVATIONS.	
— <i>Nourrissons</i>	19
— <i>Enfants</i>	21
IV — <i>La Récidive</i>	29
V — <i>Traitement de la récidive</i>	33
VI — CONCLUSION. <i>Prophylaxie de la récidive</i>	35
VII — <i>Bibliographie</i>	37



SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'ins'truction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

